

--	--	--	--	--	--

CT検査依頼書 兼 紹介状 (診療情報提供書)

フリガナ

患者氏名 _____ 様 (男・女)

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者住所 _____

電話番号 _____

15歳以下の方の検査、
造影剤を使用する検査は
お受けしていません。

検査予約日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

【ご注意】

依頼医師は、以下の項目に該当する場合、チェックをお願いします。

1 女性患者の場合、妊娠の可能性

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

2 検査部位に ICD, CRT-D やメドトロニック社製 InSync8040, 製造元不明ペースメーカーの装着

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

3 脳・神経等の電気刺激装置 (SCS, DBS, VNS 等) の装着

なし あり → “あり”の場合は、検査をお受けできません。

〔検査依頼医療機関〕

名称 _____

住所 _____

医師名 _____ 診療科 _____ 科

TEL _____ FAX _____

病名 (疑いを含む) _____

〔検査目的、診断名、主症状、特別指示等をご記入ください〕

〔検査部位 (1か所) をご指定ください〕

単純CT	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 顔面・副鼻腔	<input type="checkbox"/> 歯	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部 (骨盤含まず)
	<input type="checkbox"/> 胸部～腹部 (骨盤含まず)	<input type="checkbox"/> 胸部～骨盤	<input type="checkbox"/> 腹部～骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 上肢	<input type="checkbox"/> 下肢		